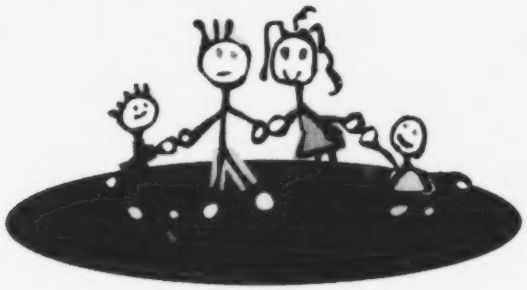
RÔLES ET MODALITÉS D'ARTICULATION EN PÉRINATALITÉ

Centres hospitaliers accoucheurs/CLSC/médecins traitants

(période postnatale)



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

106-0 5919 /

Disponible aux Services documentaires
de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604
Prix : 8,00 $

Ce document est accessible dans le site
Internet de la Régie régionale de Montréal-Centre,
à l'adresse : http://www.rrsss06.gouv.qc.ca/

Le document a été adopté par le conseil
d'administration de la Régie régionale de
Montréal-Centre le 23 novembre 2000

Coordination et production :
Services multiclientèles de première ligne
Direction de la programmation et coordination

Conception graphique :
Lauréanne Collin

Dépôt légal – Bibliothèque Nationale du Québec – 2001
ISBN : 2-89510-047-0

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Nous tenons à remercier très chaleureusement les membres suivants qui ont contribué, par leur assiduité et leur implication très active dans les différentes rencontres, à l'élaboration de ce cadre de référence des modalités d'articulation en périnatalité centres hospitaliers accoucheurs / CLSC / médecins traitants (période postnatale) Région de Montréal-Centre. Nous remercions également toutes les personnes qui, dans les divers milieux, ont alimenté nos travaux.

MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR EN PÉRINATALITÉ :

Représentantes des CLSC

Liette Bernier, Directrice des services à la communauté	CLSC Olivier-Guimond
Michèle Champagne, Sage-femme, coordonnatrice de Programmes, Maison de naissance	CLSC Lac Saint-Louis
Sylvie Gaudreault, Cheffe de l'administration Programmes Enfance/Famille/Jeunesse	CLSC du Plateau Mont-Royal
Chantale Lapointe, Directrice générale	CHSLD-CLSC Saint-Laurent
Monique Lapointe, Cheffe de Programmes	CLSC Côte-des-Neiges

Représentantes des centres hospitaliers accoucheurs

Frances Bérubé, Unité mère-enfant	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Céline Carrier, Infirmière clinicienne spécialisée Secteur Enfance/Famille	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Danielle Côté, Adjointe à la clientèle, secteur mère-enfant	CHUM – Hôpital Saint-Luc
Lise Pouliot, Représentante Gestionnaire Système de prestation des soins	Centre de santé McGill
Ont aussi participé :	
Monique Lanouette, Infirmière clinicienne spécialisée Secteur Enfance/Famille	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Françoise Mérel, Infirmière-cheffe, Unité mère-enfant	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Représentants des médecins traitants

Dr Normand Brassard, Chef du Département de gynécologie-obstétrique	Centre hospitalier de St. Mary
Dr Francine Léger, Omnipraticienne	Clinique de médecine familiale de l'Est
Dr Robert St-Jacques, Pédiatre	Hôpital Sainte-Justine

Représentants de la Régie régionale de Monréal-Centre

Michèle Bérubé, Conseillère
Services multiclientèles de courte durée
Direction de la programmation et coordination
Huguette Doucet, Agente de recherche
Écologie humaine et sociale
Direction de la santé publique
Louise Gagné, Conseillère
Services multiclientèles de première ligne
Direction de la programmation et coordination
A aussi participé :
Ghyslaine Senécal, Conseillère
Services multiclientèles de courte durée
Direction de la programmation et coordination

Coordination du comité aviseur
André Trépanier, Chef de service
Services multiclientèles de première ligne
Direction de la programmation et coordination

Observatrices

Danielle D'Amours, Professeure — Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
Dr Lise Goulet, Chercheure — Université de Montréal
Département de médecine sociale et préventive

Révision

Louise Gagné, Conseillère — Régie régionale de Montréal-Centre
Services multiclientèles de première ligne
André Trépanier, Chef de service — Régie régionale de Montréal-Centre
Services multiclientèles de première ligne

Secrétariat

Luce Beaugrand-Champagne — Régie régionale de Montréal-Centre
Micheline Constantin
Services multiclientèles de première ligne

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **7**

1. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA DÉMARCHE **8**

2. PÉRIODE POSTNATALE **8**

3. ORGANISATION DES SOINS, DES SERVICES ET DU SUIVI À LA PÉRIODE POSTNATALE **8**

3.1 Clientèle visée **9**

3.1.1 Les mères, les nouveau-nés et les familles du programme de congé précoce suite à un accouchement normal ou par césarienne 9

3.1.1.1 Définition du congé précoce 9

3.1.1.2 Critères d'admissibilité au programme de congé précoce 9

3.1.1.3 Conditions essentielles à la décision du congé 10

3.1.1.4 Mécanismes de continuité de soins et de services 10

3.1.2 Les mères, les nouveau-nés et les familles en situation de vulnérabilité physique ou psychosociale pour l'adaptation postnatale 11

3.1.2.1 Définition d'une situation de vulnérabilité 11

3.1.2.2 Cheminement vers une référence au CLSC 11

3.2 Partenaires concernés **12**

3.2.1 Centres hospitaliers accoucheurs 12

3.2.2 CLSC 12

3.2.3 Médecins traitants 12

3.2.4 Autres partenaires 12

3.3 Période postnatale immédiate : rôles des principaux partenaires et modalités d'articulation **13**

3.3.1 Rôles des centres hospitaliers accoucheurs 13

3.3.2 Rôles des médecins traitants en centre hospitalier accoucheur 15

3.4 Modalités d'articulation centre hospitalier accoucheur / CLSC **16**

3.4.1 Avis de naissance 16

3.4.2 Référence postnatale 16

3.5 Période postnatale à domicile : rôles des principaux partenaires et modalités d'articulation **17**

3.5.1 Rôles des CLSC 17

3.5.2 Rôles des centres hospitaliers accoucheurs 19

3.5.3 Rôles des médecins traitants et des sages-femmes 19

3.6 Synthèse des rôles et des modalités d'articulation **20**

3.7 Période prénatale **21**

3.8 Mécanisme de recours **21**

4. FORMATION **22**

5. RÔLES DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE **23**

BIBLIOGRAPHIE **24**

ANNEXES

Annexe 1 : Conditions essentielles à l'organisation d'un programme de congé précoce
Annexe 2 : Série de références à des articles sur le congé précoce et exemples de critères d'exclusion
Annexe 3 : Plan et standards d'enseignement postnatal
Annexe 4 : Grille de lecture de la situation postnatale
Annexe 5 : Grille de priorisation des visites postnatales à domicile
Annexe 6 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel : déclaration OMS/UNICEF
Annexe 7 : Formulaires SP-1, SP-3 et SP-4
Annexe 8 : Formulaire «Référence interétablissements» (page 1 et page 2)
Annexe 9 : Le Système régional de transmission des avis de naissance (CH-DSP-CLSC) dans la région de Montréal-Centre
Annexe 10 : Consentement, confidentialité et éthique
Annexe 11 : Protocoles à développer

RÔLES ET MODALITÉS D'ARTICULATION
EN PÉRINATALITÉ
Centres hospitaliers accoucheurs / CLSC / médecins traitants
(Période postnatale)

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

INTRODUCTION

L'impact du virage ambulatoire en périnatalité se manifeste tout particulièrement par la réduction du temps d'hospitalisation lors de la naissance d'un enfant et la mise sur pied de programmes de congé précoce. Ce virage vise une utilisation efficiente, appropriée et judicieuse des services hospitaliers (internes et externes) et des services de première ligne, notamment les CLSC. *«La finalité du virage ambulatoire est «l'instauration d'un continuum de soins et de services sans faille, sans cloison et sans brisure. Ce continuum doit donc être assorti d'un mécanisme régional de liaison efficace»*[1]. L'organisation des services en centres hospitaliers accoucheurs et en CLSC entraînée par le virage ambulatoire doit cependant se faire en concertation entre les partenaires impliqués afin d'offrir des services de qualité, continus, sécuritaires et adaptés aux besoins des futurs parents et des familles.

La Régie régionale de Montréal-Centre a donc mis sur pied un comité aviseur en périnatalité[2] et amorcé une démarche progressive centrée, dans un premier temps, sur la période postnatale. La démarche, qui s'étendra ultérieurement à l'ensemble des périodes pré, per et postnatales, tient compte de la *«Politique de Périnatalité du Québec»*[3]. Cette dernière s'appuie sur l'approche globale et familiale pour soutenir les parents et les nouveau-nés et précise que la continuité des soins et des services est indispensable à cette approche.

Le présent document propose une organisation de soins, de services et de suivi pour la période postnatale. Il a été élaboré et par le comité aviseur en périnatalité qui, suite à une vaste consultation auprès des gestionnaires et des intervenants concernés dans la région, a recommandé son adoption pour fins d'implantation au conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Il est à noter que cette proposition s'inscrit dans les travaux d'actualisation du *«Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 de la Régie régionale de Montréal-Centre»* qui met de l'avant l'amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers à domicile et la consolidation des modalités d'articulation pour toutes les clientèles, incluant les soins en périnatalité[4].

---

[1]Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, janvier 1999, p.3.
[2]Liste des membres du comité aviseur, p. 3 de ce document.
[3]Ministère de la santé et des services sociaux, *Politique de périnatalité*, 1993.
[4]Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, Le défi de l'accès*, juin 1998.

1. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA DÉMARCHE

La présente démarche vise l'atteinte des objectifs proposés dans le tableau suivant.

Objectifs premiers : Assurer une organisation adéquate de soins et de services intégrés et continus pour la période postnatale. Prévoir des mécanismes de collaboration et de communication rapides entre les différents partenaires (modalités d'articulation).	***Objectifs intermédiaires :*** Déterminer les besoins biopsychosociaux des familles avec un nouveau-né et identifier celles qui sont plus vulnérables. ↓ Soutenir les familles avec un nouveau-né en assurant : • une réponse immédiate et des services adaptés à leurs besoins (services de base et services intensifiés); • une continuité des services. ↓ ***Objectif ultime :*** Favoriser l'adaptation des parents et de la famille à la venue d'un nouveau-né et assurer la santé et le bien-être de la mère et du nouveau-né.

2. PÉRIODE POSTNATALE

Le document s'adresse principalement à la période postnatale en faisant une distinction entre la période postnatale immédiate et la période postnatale à domicile. La période postnatale immédiate couvre essentiellement la durée du séjour en centre hospitalier. La période postnatale à domicile fait référence aux premiers jours du retour à la maison, soit environ une semaine.

3. ORGANISATION DES SOINS, DES SERVICES ET DU SUIVI À LA PÉRIODE POSTNATALE

L'organisation des soins, des services et du suivi à la période postnatale, proposée ici, s'inscrit dans la poursuite des objectifs cités précédemment et prend en considération les conditions essentielles à l'organisation d'un programme de congé précoce mises de l'avant par le MSSS[5]. Dans cette section on précise la clientèle visée, les partenaires concernés ainsi que les rôles et les modalités d'articulation pour les centres hospitaliers accoucheurs, les CLSC et les médecins traitants.

---

[5]Annexe 1 : Conditions essentielles à l'organisation d'un programme de congé précoce, extrait de : *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, DGPE, MSSS, Janvier 1999, pp. 11-12.

3.1 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de l'ensemble des mères qui accouchent. De cet ensemble, les sous-groupes de mères visés plus particulièrement sont :

- les mères, les nouveau-nés et les familles du programme de congé précoce, suite à un accouchement normal ou par césarienne;
- les mères, les nouveau-nés et les familles en situation de vulnérabilité physique ou psychosociale pour l'adaptation postnatale.

3.1.1 Les mères, les nouveau-nés et les familles du programme de congé précoce suite à un accouchement normal ou par césarienne

3.1.1.1 Définition du congé précoce

On entend par congé précoce de la mère et du nouveau-né :

- tout congé de l'hôpital, d'un centre hospitalier accoucheur ou d'un centre de naissance[6] à 48 heures de vie de l'enfant ou moins en postpartum pour un accouchement normal (2 jours ou moins);

- tout congé de l'hôpital, d'un centre hospitalier accoucheur ou d'un centre de naissance à 96 heures ou moins en postcésarienne pour un accouchement par césarienne (4 jours ou moins).

3.1.1.2 Critères d'admissibilité au programme de congé précoce

Le programme de congé précoce mis en place dans chaque centre hospitalier doit respecter globalement les critères d'admissibilité reliés à la santé de la mère et de l'enfant énumérés ci-après[7]. Des critères plus spécifiques de sélection ou d'exclusion doivent être identifiés par un établissement selon les besoins et particularités de sa clientèle,[8] ceci dans le respect des normes reconnues par les organismes professionnels ainsi que des orientations du MSSS[9].

Il nous semble important de préciser que les parents sont les maîtres d'œuvre du déroulement de la naissance et du postpartum immédiat. Ainsi, avec l'équipe traitante, les parents sont aptes à juger de la pertinence du congé.

---

[6]Le terme centre de naissance exclut, dans ce document, les maisons de naissances.
[7]Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ), dans son rapport de décembre 1997 sur l'*Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en postpartum*, présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, note en page 44 du rapport, l'importance d'établir des critères clairs afin de contrôler les risques pouvant être liés au congé précoce et en minimiser les conséquences tant sur la santé que sur l'utilisation des ressources.
[8]Annexe 2 : Série de références à des articles sur le congé précoce et exemples de critères d'exclusion.
[9]Op. cit., annexe 1.

Critères d'admissibilité

- La grossesse et l'accouchement par voie vaginale ou par césarienne se sont déroulés sans complication.
- Le bébé est né à terme, considéré normal à l'examen et d'un poids approprié.
- La mère est en bonne santé.
- Ni la mère, ni l'enfant ne s'inscrivent dans les critères d'exclusion au congé précoce tels qu'établis par chaque établissement. Ces critères sont connus et diffusés à l'ensemble du personnel soignant.

3.1.1.3 Conditions essentielles à la décision du congé

- L'ensemble de soins à l'hôpital a été dispensé conformément aux lignes directrices nationales[10].
- On s'est assuré que le contenu du plan d'enseignement joint en annexe 3[11] a été dispensé et compris.
- Les mères qui allaitent sont aptes à donner le sein.
- Les parents sont aptes à prendre soin du bébé.
- Les parents sont aptes à reconnaître, avant le retour à domicile, les principaux signaux d'alerte relatifs à la santé de la mère et du bébé.
- Le bébé a été examiné de façon appropriée[12]. Il est médicalement stable, en bonne santé et est capable de maintenir une température corporelle normale. Il a une bonne succion, il avale normalement et ses selles sont normales.
- Les épreuves de laboratoire pour la mère et le bébé ont été faites, les résultats ont été vérifiés et sont connus.
- Le dépistage ou les arrangements nécessaires au dépistage des maladies métaboliques, héréditaires et congénitales ont été faits.
- Les besoins essentiels de soutien et de suivi biopsychosocial pour les premières 48 heures après le congé sont identifiés et les ressources dans la famille ou la communauté sont disponibles.

3.1.1.4 Mécanismes de continuité de soins et de services

- Les parents sont informés sur la nature et l'accès aux divers services après le congé.
- Le suivi postnatal nécessaire est organisé entre les CLSC et les centres hospitaliers accoucheurs.
- Une ressource médicale a été identifiée pour le suivi de la mère et de l'enfant.
- L'accès direct pour la mère ou le bébé au centre hospitalier accoucheur en cas de nécessité est assuré pour les 7 premiers jours de vie de

---

[10] *«Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales»*, Santé et Bien-être social, Canada.

[11] Annexe 3 : *Plan et standards d'enseignement postnatal.*

[12] L'Association des pédiatres recommande que le bébé soit soumis à au moins deux examens médicaux à 24 heures d'intervalle avant que ne soit autorisé le congé.

l'enfant. S'il y a réadmission, des modalités d'organisation de services sont prévues pour faciliter l'accès au bébé pour les parents, particulièrement pour la mère lorsqu'elle allaite.

3.1.2 Les mères, les nouveau-nés et les familles en situation de vulnérabilité physique ou psychosociale pour l'adaptation postnatale

3.1.2.1 Définition d'une situation de vulnérabilité

On entend par situation de vulnérabilité, toute situation qui présente des caractéristiques médicales ou psychosociales plus associées aux indices d'une situation défavorable à l'adaptation postnatale tels que décrits dans la grille de lecture du *Système de référence postnatale de Montréal-Centre*[13].

3.1.2.2 Cheminement vers une référence au CLSC

- **Évaluation**

L'application du *Système régional de référence postnatale* nécessite l'évaluation de la situation postnatale de toutes les mères qui accouchent à l'hôpital, en centre hospitalier accoucheur ou en centre de naissance.

Cette évaluation de la situation postnatale, dans une perspective de prévention, est faite à partir d'une grille de lecture élaborée dans le *Système régional de référence postnatale*[14]. La grille de lecture cherche à distinguer les facteurs contribuant à une situation favorable à l'adaptation des parents à l'arrivée d'un nouveau-né et les facteurs pouvant au contraire engendrer une situation défavorable à cette adaptation. La grille de lecture ne se définit cependant pas comme un outil de dépistage mais comme un moyen empirique de mieux cerner les situations où de l'aide devrait être offerte aux parents.

Dans chaque situation postnatale, l'évaluation doit porter sur l'ensemble de ces facteurs considérés dans leur interaction et non de façon isolée.

La persistance des facteurs qui entravent l'adaptation des parents à leur nouvelle situation doit aussi être prise en compte.

- **Référence**

Sont appelés à être référés en CLSC les mères et les enfants présentant des caractéristiques médicales ou psychosociales associées à des indices d'une situation défavorable à l'adaptation postnatale. La détermination du délai de suivi par le CLSC repose sur la grille de priorisation des visites à domicile[15].

---

[13] Annexe 4 : Système régional de référence postnatale de Montréal-Centre, *Grille de lecture de la situation postnatale*.
[14] Idem.
[15] Annexe 5 : *Grille de priorisation des visites postnatales à domicile*.

3.2 Partenaires concernés

En plus de la Régie régionale de Montréal-Centre qui assure le leadership et la coordination des travaux associés à cette démarche, trois partenaires sont concernés dans un premier temps, par les soins et les services en périnatalité. Il s'agit des centres hospitaliers accoucheurs, des CLSC et des médecins traitants. D'autres partenaires tels les sages-femmes, les organismes communautaires œuvrant en périnatalité et la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) des deux Centres jeunesse devront être interpellés ultérieurement afin de préciser les modes de collaboration les concernant. Tous ces partenaires devront s'assurer d'une meilleure communication et collaboration entre eux. Des mécanismes de concertation réelle et de nouvelles ententes formelles devront être créés et ce, dans la confiance et le respect de l'expertise des rôles et responsabilités de chacun.

3.2.1 Centres hospitaliers accoucheurs

Les centres hospitaliers accoucheurs jouent un rôle de première importance pour ce qui est d'évaluer l'état de santé et de bien-être de la mère et de l'enfant, de cerner les risques et d'aiguiller aux autres services requis pour la continuité des soins.

3.2.2 CLSC

Les CLSC sont identifiés comme la ressource de première ligne en périnatalité devant, notamment, assurer un suivi postnatal lors du retour de la mère à la maison afin de lui offrir le soutien nécessaire.

3.2.3 Médecins traitants

Les médecins traitants sont des intervenants majeurs en santé périnatale parce qu'ils ont la responsabilité du suivi médical de la mère et du nouveau-né. Le médecin qui assure le suivi de la grossesse et de l'accouchement soit le gynécologue-obstétricien ou l'omnipraticien est le médecin traitant de la mère, alors que le pédiatre ou l'omnipraticien est le médecin traitant du nouveau-né.

3.2.4 Autres partenaires

- **Les sages-femmes** assurent un suivi pré, per et postnatal de la mère et du nouveau-né dans les deux (2) maisons de naissance de la région de Montréal-Centre. La Loi sur les sages-femmes[16] adoptée le 17 juin 1999, sanctionnée le 19 juin 1999 par l'Assemblée nationale est entrée en vigueur le 24 septembre 1999. Des discussions entre le MSSS et les Régies régionales offrant déjà des services de sages-femmes ont été amorcées en décembre 1999.

- **Les organismes communautaires** sont des partenaires à qui l'on peut référer les mères et leur famille. Le soutien qu'ils apportent aux familles aide à garantir une qualité d'intervention globale.

[16]Projet de loi n° 28 (1999, chapitre 24).

- **La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) des Centres jeunesse** est une ressource incontournable de par la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des autres partenaires concernés par la périnatalité. Cependant, les rôles et responsabilités entre les CLSC, les centres hospitaliers accoucheurs et les Centres jeunesse dans la prise en charge des familles identifiées vulnérables doivent être clarifiés et acceptés de part et d'autre[17].

3.3 Période postnatale immédiate : rôles des principaux partenaires et modalités d'articulation

De façon générale, il s'agit des rôles des divers partenaires en regard de l'ensemble des mères qui accouchent, de leur bébé et de leur famille. Lorsque les rôles concernent des clientèles spécifiques (avec congé précoce, familles vulnérables, etc.), des précisions sont apportées.

3.3.1 Rôles des centres hospitaliers accoucheurs

- Établir des critères régionaux d'admissibilité ou d'exclusion au programme de congé précoce en associant les CLSC et les diffuser.

- Réaliser auprès de la mère et du nouveau-né les tests nécessaires recommandés par les organismes reconnus et en conformité avec les politiques internes de chaque centre hospitalier accoucheur. Ces tests pourraient être :

Pour la mère	Pour le nouveau-né
➡groupe sanguin et facteur Rh; ➡épreuve de Coomb's indirecte; ➡rubéole; ➡Hb-Ht; ➡HbsAG; ➡VIH.	➡groupe sanguin et facteur Rh; ➡test de Coomb's direct; ➡Hb-Ht; ➡glycémie; ➡bilirubinémie; ➡prélèvements sanguins pour les maladies héréditaires métaboliques pour les séjours >96 heures en centre hospitalier accoucheur.

- S'assurer que les résultats des tests réalisés en période prénatale soient disponibles ou inscrits au dossier.

---

[17]Sur la base d'un document préparé par les Associations provinciales des ces deux types d'établissement, intitulé *«Services à la jeunesse, CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille»*, un comité aviseur composé de représentants des directions générales des CLSC et des Centres jeunesse, coordonné par la RRSSSMC ont adopté un cadre intitulé *«Projet jeunesse montréalais/CLSC et Centres Jeunesse - Rôles, responsabilités et perspectives d'articulation»*, RRSSSMC, mai 1999.

- Appliquer le programme d'enseignement postnatal[18].

  - L'annexe 3 présente par thèmes reliés aux soins de la mère et du bébé les éléments standards qui devraient être couverts par le programme d'enseignement en centre hospitalier accoucheur par l'infirmière, y incluant le soutien à l'allaitement maternel[19].

  - Le contexte le plus facilitant pour favoriser l'enseignement aux parents en milieu hospitalier est la cohabitation parents-enfant et la mise en place d'une structure de soins combinés ou intégrés parents-enfant dispensés par une équipe qui s'occupe à la fois de la mère et du nouveau-né.

- Évaluer la situation postnatale de la mère et de sa famille, s'assurer de l'admissibilité de la mère et du nouveau-né au congé précoce, s'il y a lieu, et établir les besoins de suivi.

  - Cette évaluation doit permettre minimalement de déterminer les besoins de la mère pour les 48 heures suivant son congé et si possible couvrir l'ensemble de la situation postnatale en se référant aux indices favorables et défavorables contenus dans la *Grille de lecture de la situation postnatale* (voir annexe 4).

  - Cette évaluation généralement sous la responsabilité de l'infirmière soignante, doit se faire en collaboration avec les autres membres du personnel (médecin traitant, travailleur social, etc.).

  - Dans un contexte de congé prévu ou de situation de vulnérabilité, il est important que les centres hospitaliers accoucheurs contrôlent la qualité des informations et des interventions, connaissent les critères d'inclusion ou d'exclusion au congé précoce ainsi que les indices favorables et défavorables à l'adaptation des parents à l'arrivée d'un nouveau-né. Il y a donc nécessité de prévoir une formation adéquate et continue, des mises à jour et révisions des standards d'enseignement et des protocoles, une définition précise des rôles et responsabilités.

- Signaler à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), par téléphone, toute situation où la santé ou la sécurité du nouveau-né ou de l'enfant pourrait être compromise.

- S'assurer que les mères connaissent le numéro de téléphone de leur CLSC donnant accès à la ligne Info-Santé et des organismes de soutien à l'allaitement maternel lors de leur départ de l'hôpital.

  - Les centres hospitaliers accoucheurs devront informer les mères lors de leur congé qu'elles recevront un appel de leur CLSC et une visite à domicile dans un contexte de continuité des services de santé. Les centres hospitaliers accoucheurs les inviteront également à appeler leur CLSC si elles ont des questions à leur retour à domicile.

---

[18]Prévoir l'utilisation d'interprètes pour le plan d'enseignement.

[19]Voir les *«Dix conditions de succès de l'allaitement maternel déclarées par l'OMS et l'UNICEF»* à l'annexe 6.

- S'assurer que la famille peut être rejointe par le CLSC dans l'éventualité où elle n'a pas de téléphone.

- Identifier une personne désignée de l'Unité mère-enfant dans chaque établissement pouvant, au besoin, être contactée par les partenaires.

3.3.2 Rôles des médecins traitants en centre hospitalier accoucheur[20]

- S'assurer de l'état de santé stable de la mère et du nouveau-né :

  - deux (2) examens physiques du nouveau-né, à 24 heures d'intervalle avant le congé[21];
  - un examen physique de la mère;
  - la prise de connaissance, l'évaluation et le suivi des tests de laboratoire réalisés en anténatal, intrapartum et postpartum avant le congé (sauf les résultats des maladies métaboliques).

- De concert avec l'équipe soignante multidisciplinaire :

  - s'assurer, s'il y a lieu, de l'admissibilité de la mère et du nouveau-né au congé précoce;
  - s'assurer de la disponibilité des informations sur la situation en prénatal;
  - dépister la présence de facteurs de risque éventuels,
  - s'assurer que l'enseignement nécessaire a été dispensé,

- Signer le congé de la mère et du nouveau-né après s'être assuré que le congé respecte les critères d'exclusion établis dans l'établissement et ce, en collaboration avec l'équipe soignante.

---

[20] Il n'est pas question ici d'entrer dans le détail des actes médicaux. On réfère plutôt le lecteur aux documents pertinents des corporations médicales concernées.

[21] L'Association des pédiatres du Québec recommande que chaque nouveau-né subisse deux examens physiques à 24 heures d'intervalle avant le congé. Dans le cadre du congé précoce, cette recommandation nécessite que le premier examen se réalise dans les premières heures de vie de l'enfant.

3.4 Modalités d'articulation centre hospitalier accoucheur / CLSC[22]

3.4.1 Avis de naissance

- Avertir rapidement le CLSC de résidence de la mère de toute naissance à l'aide du formulaire SP-1[23] informatisé et ce, dès la naissance du nouveau-né (et non à la signature du congé seulement) par transmission directe du centre hospitalier accoucheur au CLSC par courrier électronique (Lotus Notes).

- Inclure sur le formulaire l'information concernant :[24]

  ➢ la décision de la mère d'allaiter ou non;
  ➢ la date prévue du congé du centre hospitalier accoucheur;
  ➢ le type d'accouchement.

- Transmettre à la Direction de la santé publique le formulaire SP-1 informatisé en même temps qu'au CLSC, également par courrier électronique (Lotus Notes).

3.4.2 Référence postnatale

- Référer au CLSC les mères et les nouveau-nés nécessitant des soins posthospitaliers, les mères, les nouveau-nés et les familles présentant une situation vulnérable à l'adaptation postnatale et ce, en complétant le *Formulaire de référence interétablissements*[25] informatisé, page 1 et page 2/périnatalité en le faisant parvenir au CLSC par courrier électronique (Lotus Notes).

  ➢ Un consentement éclairé (verbal ou écrit selon les règles en vigueur dans l'établissement) doit être demandé aux parents pour la transmission d'information. L'annexe 10 apporte un complément d'information sur le consentement, la confidentialité et l'éthique. Le formulaire de référence interétablissements (page 1) demande de cocher lorsque la personne est référée et qu'elle est informée de cette référence selon les mêmes règles citées auparavant.

---

[22]La proposition actuelle est orientée vers un avenir à moyen terme (6 mois à un an). La technologie existe (Lotus Notes). Les CLSC et les centres hospitaliers accoucheurs seront tous dotés au cours de l'an 2000. Les formulaires à cet effet sont utilisés actuellement et peuvent être informatisés. D'ailleurs, une version informatisée du formulaire unique de référence interétablissements est déjà en expérimentation. D'autre part, il existe un logiciel qui permet d'identifier le CLSC de résidence à partir des codes postaux. Un projet-pilote sera réalisé avec les vingt-neuf (29) CLSC et deux (2) centres hospitaliers accoucheurs avant de généraliser cette forme de communication électronique. De plus, un programme de formation sera offert à l'ensemble des utilisateurs du nouveau système. D'ici l'implantation du nouveau système, en regard des avis de naissance, le fonctionnement actuel via la Direction de la santé publique serait maintenu (voir annexe 9). Pour ce qui est du formulaire unique de référence pour les situations de vulnérabilité, l'utilisation du télécopieur continuera de s'appliquer.

[23]Annexe 7 : formulaires : « *Bulletin de naissance vivante* » (SP-1), « *Bulletin de décès* » (SP-3) et « *Bulletin de mortinaissance* » (SP-4).

[24]Tous les changements apportés au formulaire SP-1 seront conformes aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

[25]Annexe 8 : formulaire «Référence interétablissements, (page 1 et page 2)».

3.5 Période postnatale à domicile : rôles des principaux partenaires et modalités d'articulation

3.5.1 Rôles des CLSC[26]

- Après réception de l'information (avis de naissance ou référence postnatale), l'équipe de périnatalité doit téléphoner à toutes les mères (parents) **dans les 24 heures** suivant le retour à la maison[27] afin :

  - de planifier une visite à domicile dans un délai d'un à 3 jours après le retour à domicile pour les mères ayant bénéficié d'un congé précoce et les mères en situation de vulnérabilité;
  - d'évaluer les besoins et la nécessité d'une visite à domicile pour les autres mères;
  - de vérifier si la mère qui allaite présente des problèmes et de la référer au besoin aux organismes de soutien à l'allaitement.

- Visiter à domicile, **dans un délai d'un à 3 jours** après le retour à la maison, les mères ayant bénéficié d'un congé précoce, celles référées par le biais du *«Système régional de référence postnatale»* ou celles identifiées suite à l'appel téléphonique afin :

  - d'assurer un suivi et les soins de santé à la mère et au nouveau-né[28];
  - d'évaluer l'ensemble de la situation postnatale familiale[29];
  - d'établir, en cas de refus de services, une démarche à suivre par l'infirmière dans ces situations;
  - d'établir un plan d'intervention selon les besoins de la famille, s'il y a lieu;
  - d'informer les familles des ressources du milieu disponibles selon leurs besoins.

- En présence d'un congé précoce porter une attention particulière à l'ictère et au poids du nouveau-né et à l'allaitement maternel lors de la visite postnatale.

- Assurer systématiquement les prélèvements nécessaires (premier prélèvement et reprise) pour les dépistages de maladies héréditaires métaboliques pour le bébé (pour les séjours <96 heures en centre hospitalier accoucheur).[30]

- Assurer les prélèvements nécessaires pour la réalisation de certains tests (bilirubine et autres) et suivi selon le protocole établi.

---

[26] Annexe 5 : *Grille de priorisation des visites postnatales à domicile.*

[27] Dans l'éventualité où la famille n'a pas de téléphone, le centre hospitalier accoucheur aura transmis au CLSC la manière de rejoindre la famille.

[28] Prévoir l'utilisation d'interprètes pour le suivi à domicile.

[29] L'évaluation de la situation postnatale doit se faire en se référant aux indices favorables et défavorables contenus dans la *Grille de lecture de la situation postnatale*. En cas d'un refus de services, une démarche à suivre par l'infirmière dans ces situations devrait être proposée.

[30] Une consignation pertinente du résultat des prélèvements sera assurée dans chaque cas. Les résultats nécessitant une attention médicale devront être acheminés au médecin de garde en centre hospitalier accoucheur selon le protocole établi.

- S'assurer que la ligne Info-Santé locale, en lien avec l'équipe de périnatalité du CLSC, puisse répondre aux questions spécifiques en périnatalité, notamment auprès des parents qui reviennent à la maison avec leur nouveau-né.

- S'assurer qu'un soutien plus spécialisé de « deuxième ligne » existe et consiste à la mise en disponibilité, 24 heures/7 jours, d'une infirmière consultante en allaitement en support à l'intervention de l'infirmière Info-Santé ou de l'infirmière C24/7 appelée à domicile. Cette infirmière consultante pourrait aussi dans des situations plus complexes être mise en contact direct avec les clientes en difficulté.

- S'assurer que dans toute cette mise en place, les CLSC contrôlent la qualité des informations et des interventions. Il y a donc nécessité de prévoir une formation adéquate et continue, des mises à jour et révisions des protocoles. De plus, il est important que les CLSC assurent l'arrimage entre l'Info-Santé locale et la Centrale.

- S'assurer que le jour ainsi qu'en dehors des heures d'ouverture des CLSC le soir, la nuit, les fins de semaine et les congés fériés :

  - le système de garde C24/7 des Centrales Info-Santé réponde aussi aux besoins de visites à domicile imprévues pour les mères ayant récemment accouché et leurs bébés;

  - la ligne Info-Santé puisse répondre aux questions spécifiques en périnatalité, notamment auprès des parents qui reviennent à la maison avec leur nouveau-né;

- Assurer le suivi du plan d'intervention, s'il y a lieu.

- Assurer une rétroaction d'information à l'intervenant du centre hospitalier accoucheur qui en fait exceptionnellement la demande au moment de la référence pour une famille à risque qui l'inquiète particulièrement ou lorsqu'un complément d'information est attendu.

  - Il faut comprendre qu'on s'inscrit ici dans un processus de continuité de soins déjà définis et assurés normalement par le CLSC. Une rétroaction au centre hospitalier accoucheur qui en principe ne reverra pas la famille devrait être exceptionnelle et justifiée. Toutefois, si pour une raison ou une autre, le CLSC ne jouait pas son rôle dans le processus de continuité de services, on ferait face ici à une situation litigieuse à régler selon les mécanismes prévus dans ce document. Enfin, précisons ici que le terme référence signifie demande de prise en charge en continuité d'une intervention terminée et non d'une demande de consultation ou d'un avis pour lequel la rétroaction serait évidemment nécessaire.

- Si nécessaire, assurer le lien avec le médecin traitant de la mère et du nouveau-né ainsi qu'avec tout autre intervenant significatif; inscrire les informations pertinentes dans le carnet de vaccination (santé) de l'enfant.

- Assurer le lien avec les organismes communautaires pouvant offrir un soutien aux familles, si besoin, et rendre accessible l'information sur les ressources communautaires aux partenaires qui en font la demande.

- Signaler à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), par téléphone, toute situation où la santé ou la sécurité de l'enfant pourrait être compromise.

3.5.2 Rôles des centres hospitaliers accoucheurs

- En lien avec les mécanismes de continuité de soins et de services définis précédemment, assurer l'accès direct pour la mère ou le bébé au centre hospitalier en cas de nécessité pendant les 7 premiers jours de vie de l'enfant.

- S'il y a réadmission, prévoir des modalités d'organisation de services pour faciliter l'accès au bébé pour les parents, particulièrement pour la mère lorsqu'elle allaite.

- Supporter les clientèles ayant accouché en maisons de naissance en offrant les mêmes possibilités que ci-haut.

- Recevoir les résultats des tests et des prélèvements sanguins.

- Référer ou transmettre l'information aux CLSC ou aux médecins traitants.

3.5.3 Rôles des médecins traitants et des sages-femmes

- Assurer un suivi professionnel à la mère et au bébé.

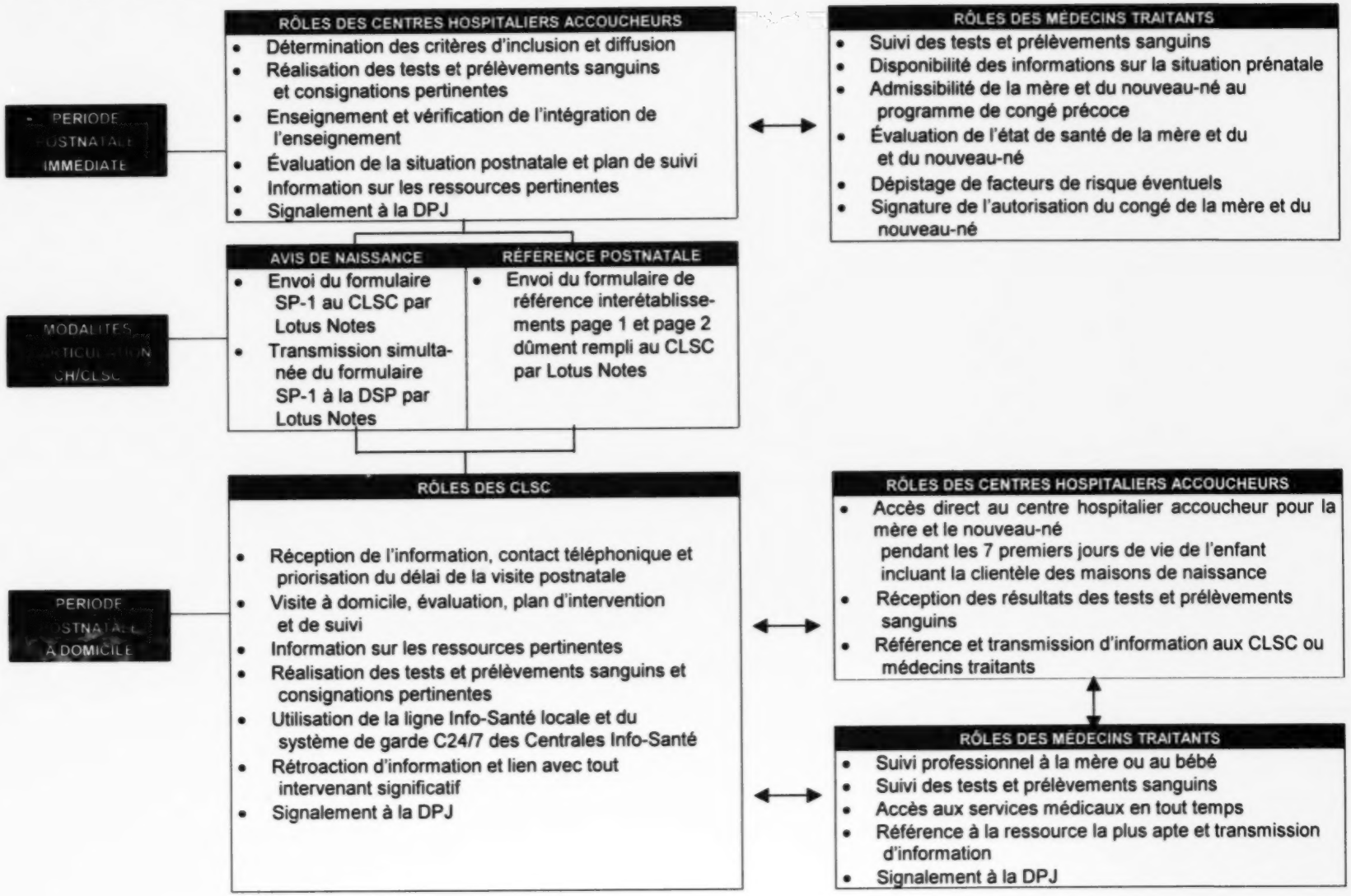
- Assurer le suivi des tests et des prélèvements sanguins.

- Assurer un accès aux services médicaux en tout temps.

- Si nécessaire, référer à la ressource la plus apte à répondre aux besoins de la mère et du bébé (autres médecins ou professionnels, etc.) et transmettre l'information. Le carnet de vaccination (santé) ou le carnet de grossesse pourraient être un outil intéressant et simple de transmission.

- Signaler à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), par téléphone, toute situation où la santé ou la sécurité de l'enfant pourrait être compromise.

3.6 Synthèse des rôles et des modalités d'articulation



3.7 Période prénatale

Bien que l'objet de ce document ne soit pas axé sur la période prénatale, l'implantation du congé précoce commande certaines interventions qui devraient être réalisées en prénatal afin d'assurer une meilleure qualité de services ultérieurs. C'est une période idéale pour diffuser l'enseignement nécessaire qui favorisera un congé précoce sécuritaire. À cet égard la Régie régionale de Montréal-Centre entend poursuivre les travaux du comité aviseur en périnatalité en abordant et intégrant le volet prénatal après que le volet postnatal aura été complété.

Le MSSS suggère que dans le cadre de la mise en place de programmes de congé précoce, la période prénatale devrait minimalement :

- rendre accessible des rencontres prénatales et offrir le maximum de l'enseignement qui sera renforcé et revu aux périodes intrapartum et postnatale immédiate;
- permettre de dépister précocement des situations de vulnérabilité et d'intervenir le plus rapidement possible;
- permettre aux parents d'avoir accès à l'information sur les programmes de congé précoce ainsi que sur les ressources disponibles qui œuvrent en périnatalité;
- faciliter l'accès à une visite du lieu de naissance.

3.8 Mécanismes de recours

Malgré toute l'attention portée par les personnes professionnelles à une situation et la présence de liens de collaboration bien établis entre les CLSC et les centres hospitaliers accoucheurs, il est possible que les opinions divergent sur la possibilité d'une prise en charge de la mère et du nouveau-né et de la famille. Il est aussi possible que l'on constate des manques dans l'application des mécanismes de liaison et de suivi mis de l'avant. Pour pallier à ces situations et apporter une mesure corrective rapide, les CLSC et les centres hospitaliers accoucheurs identifient une personne ressource en autorité qui se porte garante d'évaluer toute situation problématique et de trouver la solution à mettre en place immédiatement. De plus, un bottin propre à la périnatalité sera disponible et précisera les mécanismes de liaison et de suivi et les personnes ressources pour éliminer les litiges.

4. FORMATION[31]

La mise en place des services et des soins en fonction d'un court séjour en centre hospitalier accoucheur dans un contexte de virage ambulatoire nous incite à prévoir un programme de formation sur la mise à jour des techniques de soins à la mère et au nouveau-né à l'intention des intervenants. De plus, il est à prévoir la mise en place d'un programme de formation continue qui assurerait l'acquisition de connaissances pour les nouveaux intervenants ainsi qu'un perfectionnement des connaissances pour l'ensemble des intervenants concernés.

Ces programmes devront être adaptés aux besoins de tous les intervenants impliqués. Conséquemment, ils devront être élaborés suite à l'évaluation des besoins des milieux concernés. Certains besoins pourraient être, notamment pour les intervenants du CLSC, l'acquisition de connaissances :

- pour procéder au prélèvement sanguin au talon du nouveau-né;
- pour réaliser une évaluation clinique de l'ictère du nouveau-né;
- sur la physiologie spécifique du postpartum de la mère et du nouveau-né;
- sur la procédure pour enlever les points, les agrafes et pour évaluer et soigner les plaies suite à l'accouchement;

D'autres besoins déjà identifiés pourraient être intégrés à un programme conjoint de formation continue disponible à l'ensemble des partenaires. Les thèmes pourraient portés sur :

- l'allaitement maternel;
- les stratégies pour favoriser l'attachement parents-enfant et les indices permettant de dépister les problèmes d'attachement ou autres problèmes sociaux;
- la capacité d'agir auprès des clientèles plus vulnérables ou spécifiques ainsi que la mobilisation;
- la préparation pour l'enseignement à donner en périodes prénatale, postpartum et postnatale.

Ces programmes pourraient être accompagnés d'échanges entre les centres hospitaliers accoucheurs et les CLSC tels un stage pratique en centre hospitalier accoucheur suivant le volet théorique de la formation et un stage d'observation en CLSC.

Un groupe de travail coordonné par la Régie régionale et formé de représentants des centres hospitaliers accoucheurs, des CLSC et des maisons de naissance devra se charger d'élaborer un plan d'action pour assurer la mise en place d'un programme conjoint de formation continue. L'expertise présente dans ces établissements devra être mise à profit, de même que les activités de formation déjà en cours dans ces divers lieux de travail. Ces programmes devront être accompagnés de stages et d'échanges entre centres hospitaliers accoucheurs et CLSC.

---

[31]Les responsabilités de la Régie régionale et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux en regard du développement des ressources humaines sont définies respectivement dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans la section II, art. 376 et section III, art. 231, 1991, C.42. La Régie régionale élabore, dans le cadre d'une planification régionale d'organisation de services en collaboration avec les établissements concernés, un plan régional de développement des ressources humaines et veille à son application. Pour leur part, les établissements doivent préparer, avec la participation de ses employés, et le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, un plan d'action pour le développement du personnel, en faire l'évaluation et la mise à jour annuellement.

5. RÔLES DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE

La Régie régionale de Montréal-Centre se veut le maître d'œuvre dans l'amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers à domicile et la consolidation des modalités d'articulation pour toutes les clientèles, incluant les soins et les services en périnatalité.

De plus, la Régie régionale s'est engagée, par le biais du Projet jeunesse montréalais, à concrétiser des actions, à réaliser des projets et arrimer différents services visant l'amélioration des conditions de vie, de santé et de bien-être des enfants et des jeunes. Les travaux du comité aviseur sur les rôles et modalités d'articulation pour les soins et les services en périnatalité s'inscrivent donc dans les démarches simultanées des continuums de services en santé physique et adaptation sociale du *«Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002»*[32].

Elle assure le leadership et la coordination des travaux associés à la démarche sur la proposition des rôles et modalités d'articulation pour les centres hospitaliers accoucheurs, les CLSC et les médecins traitants pour les soins et les services en périnatalité. Plus précisément, les rôles de la Régie régionale sont :

- la planification de l'organisation des soins et des services en matière de périnatalité;
- la définition des rôles de chacun des acteurs concernés par les modalités d'articulation en périnatalité;
- la planification des ressources humaines et financières en fonction des rôles définis;
- l'élaboration, en collaboration avec les établissements concernés, d'un plan régional de développement des ressources humaines et participation, s'il y a lieu, à l'élaboration des plans d'action des établissements visés par l'organisation des services;
- la coordination pour la continuité et la complémentarité des soins et des services ainsi que pour la concertation entre les partenaires;
- le lien avec les autres Régies régionales pour la continuité des services aux femmes qui accouchent dans la Région de Montréal-Centre et qui résident à l'extérieur de la région.

---

[32] Op. cit., p. 7, note [4].

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC et ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. Services à la jeunesse, CLSC et Centres jeunesse aux enfants, aux jeunes et à leur famille, document de travail, juin 1998.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Système régional de référence postnatale, Grille de lecture de la situation postnatale, 1995.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Système régional de référence postnatale, Grille de lecture de la situation postnatale, correspondance, 1994-1995.

MSSS, DGPE. Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité, document de travail, 1998.

OMS/UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité – Déclaration conjointe OMS/UNICEF, publiée par l'Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.

RRSSSMC. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, "Le défi de l'accès", juin 1998, pp.38-39.

RRSSSMC. Référence interétablissements, formulaires, document de présentation, octobre 1998.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, Canada. *«Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales».*

ANNEXE 1

Conditions essentielles à l'organisation d'un programme de congé précoce

Extrait de : Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité, DGPE, MSSS, Janvier 1999, pp. 11-12.

Conditions essentielles à l'organisation d'un programme de congé précoce

La mise en place d'un programme de congé précoce dans le cadre de la Politique de périnatalité doit prévoir des mécanismes de collaboration et de communication entre les différents partenaires[33] ainsi que des mécanismes de suivi en périodes prénatale, pernatale et postnatale. Ainsi, les conditions suivantes sont essentielles à l'organisation de ces programmes.

- L'existence d'un protocole ou d'une entente de partenariat entre le centre accoucheur et le CLSC pour assurer la continuité des soins selon les balises minimales établies.
- Une offre par les CLSC d'une gamme de services en prénatal et en postnatal et une accessibilité gratuite et universelle est assurée à ces services.[34]
- Une réallocation budgétaire adéquate entre les divers partenaires pour permettre l'actualisation de l'offre de services.
- L'accès local à des rencontres prénatales et postnatales.
- Une réorganisation des soins infirmiers tant en milieu hospitalier qu'en CLSC.
- L'existence d'un mécanisme de liaison avec les médecins qui s'occupent du suivi postnatal.
- L'existence d'un protocole ou d'une entente de partenariat entre le CLSC et les organismes communautaires pour le soutien à l'allaitement et le soutien aux familles.
- Une participation des médecins œuvrant dans le secteur de la périnatalité, aux programmes de suivi prénatal et postnatal pour les femmes et les bébés.
- Une garantie de réadmission directe à l'hôpital au cours de la première semaine de vie de l'enfant, si nécessaire. Accessibilité à un service pour favoriser la présence de la mère près du bébé, notamment lorsqu'elle allaite.
- Une accessibilité à un service téléphonique du genre Info-Santé 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, idéalement à un service d'Info-Périnatalité.[35]
- Une circulation rapide des informations entre les partenaires suite à une autorisation pour la circulation de cette information.
- Une préparation adéquate du personnel qui assure les services de première et de deuxième lignes. Des formations régionales pour favoriser le développement d'un langage commun entre les intervenantes et intervenants des divers milieux seraient importantes.

---

[33] Lors de la mise en place du réseau intégré de soins et services en périnatalité, la complémentarité entre les professionnels doit inclure les sages-femmes, dans le respect de leurs responsabilités.

[34] L'importance d'offrir gratuitement et universellement des services en période pré et postnatale est exposée dans la Politique de périnatalité, à la voie d'action 2, pages 52 à 58.

[35] Voir annexe 1 («Le système de garde régionale en périnatalité de la région de Québec»).

ANNEXE 2

Série de références à des articles sur le congé précoce et exemples de critères d'exclusion

Série de références à des articles
sur le congé précoce

American Academy of Paediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*. Fourth Edition. Washington, DC, 1997, 411 p.

Association des pédiatres du Québec. *Rapport du Comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale*. Novembre, 1995, 17 p.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration de principe conjointe de la Société canadienne de pédiatrie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *La facilitation du congé à domicile et durée de séjour après une naissance normale à terme*. Directives cliniques, n° 56, octobre 1996.

Gouvernement du Québec. *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Janvier 1999.

EXEMPLES DE CRITÈRES D'EXCLUSION

- La mère présente des signes de pré-éclampsie ou d'éclampsie durant la grossesse.
- La présence de maladies chez la mère nécessitant un suivi médical intensif.
- La présence de maladies néonatales nécessitant un suivi médical intensif.

Exemples de critères psychosociaux d'exclusion[36]

- La mère ou les parents d'un nouveau-né dont la santé physique ou mentale est précaire et ne bénéficiant pas de soutien adéquat à domicile pour la durée de récupération suite à la naissance de leurs enfants.
- Les parents ayant un mode de vie pouvant compromettre la sécurité physique et mentale ainsi que le développement du nouveau-né.
- Les mères n'ayant pas reçu de soins prénataux ou n'étant pas préparées à la venue du bébé pour diverses raisons.

[36]Source : Regroupement des intervenants sociaux en obstétrique et néonatalité de Montréal.

ANNEXE 3

Plan et standards d'enseignement postnatal

PLAN ET STANDARDS D'ENSEIGNEMENT POSTNATAL

BÉBÉ

- ***Fièvre (T° rectale 38,5 °C/101,3 °F; T° axillaire 38 °C/100,4 °F***
- ***Sang dans les selles, selles noires verdâtres après 4 jours de vie, selles liquides ou plus de 12 en 24 heures***
- ***Urine foncée, moins de 3 mictions/24 h***
- ***Vomissements***
- ***Moins de 6 boires (biberon) ou de 8 boires (sein)/24 h, refus de plus de 2 boires consécutifs***
- ***Toutes difficultés respiratoires***
- ***Tout changement soudain ou significatif dans le comportement ou l'apparence du bébé***

MÈRE

- ***Fièvre (38,5 °C/101,3 °F)***
- ***Douleur abdominale importante et persistante***
- ***Pertes vaginales malodorantes***
- ***Saignement vaginal abondant***
- ***Pollakiurie***
- ***Douleur, rougeur, chaleur et tuméfaction (seins, épisiotomie, incision césarienne, membres inférieurs)***
- ***« Baby blues » persistant : dépression, anxiété, difficulté à affronter la vie quotidienne***

Thèmes reliés aux soins de la mère et du bébé

Allaitement maternel

- ***Mécanisme de l'allaitement :***
  - *formation et éjection du lait*
  - *conditions d'une bonne production lactée*
- ***Montée laiteuse :***
  - *apparition vers le 3e jour*
  - *soulagement de l'engorgement*
- ***Positions mère-bébé (minimum 2 positions)***
- ***Mécanisme de la succion :***
  - *mouvements rythmiques du mandibule*
  - *absence de bruit en provenance de la bouche*
  - *absence de dépression ou de gonflement des joues*
  - *déglutition audible*
  - *absence de douleur chez la mère*
- ***Tétée :***
  - *stimulation du réflexe cardinal (centre des lèvres)*
  - *grande ouverture de la bouche*
  - *prise symétrique du mamelon et d'une bonne partie de l'aréole; langue sous le mamelon*
- ***Signes de satiété :***
  - *plus de 2 selles/jour*
  - *une miction/jour de vie ad 6 jrs, après 6 jrs, minimum 6 à 8 mictions/jour*
  - *repos, calme*
- ***Bris de la succion :***
  - *insertion d'un doigt à la commissure des lèvres*

Soins du bébé

- ***Hygiène corporelle :***
  - *soins du cordon; bain*
  - *soins des fesses et des organes génitaux*
- ***Démonstration et pratique de la prise de température***
- ***Administration du biberon :***
  - *types de préparation lactée (en poudre - concentrée – prête à servir)*
  - *préparation sécuritaire de la formule*
  - *conservation des biberons*
  - *fréquence et durée du boire*
  - *position du bébé*
  - *rôt et régurgitation*
- ***Élimination selles et urines :***
  - *caractéristiques des selles et urines du nouveau-né (couleur, consistance,quantité)*
- ***Comportement du bébé :***
  - *sommeil*
  - *somnolence (associé avec ictère)*
  - *pleurs*
- ***Ictère***
- ***Prévention de mort subite (enseignement sur les quatre (4) éléments) :***
  - *température ambiante/emmaillotement, position de sommeil, tabagisme, allaitement maternel*
- ***Utilisation sécuritaire du siège d'auto***

Soins postpartum

- ***Hygiène de vie :***
  - *sommeil*
  - *alimentation*
  - *soutien*
- ***Césarienne :***
  - *hygiène et soins de la plaie*
  - *reprise des activités*
- ***Soins du périnée :***
  - *hygiène et bain de siège au besoin*
  - *lochies*
  - *hémorroïdes*
- ***Soins des seins :***
  - *hygiène du mamelon et port du soutien-gorge*
  - *montée laiteuse, engorgement et gerçures*

Thèmes complémentaires

- *expression manuelle du lait*
- *massage des seins*
- *contraception*
- *sexualité*
- *exercice de Kegell*

PLAN ET STANDARDS D'ENSEIGNEMENT POSTNATAL

L'enseignement à donner aux parents, autant à la période prénatale qu'en centre hospitalier accoucheur, est un élément fondamental d'un programme de congé précoce. Le plan et les standards d'enseignement en centre hospitalier accoucheur, lors de la période postnatale immédiate, sont dosés afin de tenir compte de la capacité d'apprentissage et de rétention des mères et des pères lors de cette période particulièrement intense. Il s'avère donc nécessaire de déterminer les thèmes qui doivent être absolument abordés en centre hospitalier accoucheur et de reporter certains éléments à la période du suivi postnatal à domicile.

L'enseignement donné en centre hospitalier accoucheur vise principalement à :

- assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né;
- augmenter les sentiments de compétence, les connaissances et les habiletés des parents de prendre soin de leur bébé et d'eux-mêmes.

Quatre (4) conditions facilitant la réussite de l'enseignement aux parents en centre hospitalier accoucheur sont identifiées :

1. la cohabitation parent-enfant;
2. la mise en place d'une structure de soins intégrés parents-enfant donnés par une équipe qui s'occupe à la fois de la mère et du bébé;
3. la participation des parents au plan d'enseignement du centre hospitalier accoucheur;
4. la prise de contact à domicile par le CLSC dans les 24 à 48 heures après le retour à la maison de la mère et du nouveau-né.

Le contenu du plan d'enseignement se répartit sur deux (2) aspects particuliers :

1. les signaux d'alerte;
2. les thèmes reliés aux soins de la mère et du nouveau-né :
   - l'allaitement maternel,
   - les soins du bébé,
   - les soins postpartum.

Des éléments d'information sur les ressources pour la famille ainsi que des thèmes complémentaires sont ajoutés au plan d'enseignement et des standards d'enseignement essentiels et enrichis sont définis.

Informations pour la famille

- ***Suivi de santé du bébé :***
  - *pédiatre/médecin de famille*
  - *dépistage des maladies congénitales et héréditaires*
  - *carnet de santé/vaccins*
- ***Suivi de santé de la mère :***
  - *rendez-vous avec le médecin traitant*
- ***Continuité des services avec le CLSC :***
  - *nom et téléphone du CLSC concerné*
  - *appels/visites CLSC*
  - *Info-Santé*
- ***Obligations :***
  - *déclaration de naissance/carte assurance maladie*
  - *allocation familiale*
- ***Références utiles :***
  - *Petit guide «Mieux vivre avec son enfant» remis à l'hôpital*
  - *Le petit Nourri-Source ou autres*
  - *Organismes communautaires*
  - *Urgences 911*

ANNEXE 4

Grille de lecture de la situation postnatale

SYSTÈME RÉGIONAL
DE RÉFÉRENCE POSTNATALE
MONTRÉAL-CENTRE

GRILLE DE LECTURE
DE LA SITUATION POSTNATALE

NOTE

La grille de lecture vise à faciliter l'évaluation de la situation postnatale dans la perspective de prévention qui caractérise le système de référence. Elle cherche à distinguer les facteurs contribuant à une situation favorable à l'adaptation des parents à l'arrivée d'un nouveau-né et les facteurs pouvant au contraire engendrer une situation défavorable à cette adaptation. On rappellera que dans chaque situation postnatale, l'évaluation doit porter sur l'ensemble de ces facteurs considérés dans leur interaction et non de façon isolée. De plus, la persistance des facteurs qui entravent l'adaptation des parents à leur nouvelle situation doit aussi être prise en compte. Cette grille de lecture est conçue dans une perspective qui, cherchant à dépasser le court terme, devrait également permettre de repérer les indices de situations potentiellement vulnérables à plus long terme. Enfin, soulignons que cette grille de lecture ne se définit pas comme un outil de dépistage mais comme un moyen empirique de mieux cerner les situations où de l'aide devrait être offerte aux parents.

FACTEURS EN PRÉSENCE DANS LA SITUATION POSTNATALE

ENFANT	INDICES D'UNE SITUATION FAVORABLE À L'ADAPTATION	INDICES D'UNE SITUATION DÉFAVORABLE À L'ADAPTATION
Âge gestationnel	>37 semaines	< 37 semaines
Poids à la naissance	≥ 2500 g	< 2500 g
Alimentation	Comportement alimentaire ***normal*** aux points de vue suivants : ♦ Succion ♦ Quantité ♦ Fréquence ♦ Régurgitation	Comportement alimentaire ***difficile*** qui nécessite un investissement important de la part des parents (ex. : bébé boit peu mais très fréquemment ou augmente leur stress (ex. : bébé régurgite très souvent)
État de santé		Tout problème de santé nécessitant une intervention ou provoquant un stress important chez les parents : ♦ maladies aiguës ♦ anomalies ou malformations congénitales ♦ problèmes transitoires (ex. : ictère, conjonctivite) Enfant mort-né ou décédé.

Mère et conjoint	INDICES D'UNE SITUATION FAVORABLE À L'ADAPTATION	INDICES D'UNE SITUATIPON DÉFAVORABLE À L'ADAPTATION
Grossesse et accouchements antérieurs		Avortements ou morti-naissances suivis de deuils non résolus; expériences d'accouchement très décevantes.
Planification de la grossesse	Grossesse planifiée ou grossesse non planifiée mais acceptée.	Grossesse non planifiée et non acceptée.
Déroulement de l'accouchement	Interventions à l'accouchement comprises et acceptées	Toute intervention qui provoque une déception importante ou persistante chez les parents (ex. : césarienne non planifiée).
	Réactions positives, de satisfaction, difficultés dépassées.	Réaction de grande déception globalement : seuls les aspects négatifs de l'expérience sont évoqués.
Complications post-partum		Problèmes transitoires suite à l'accouchement (ex. : anémie, infections, crevasses, gerçures des seins).

État de santé		Tout problème de santé qui limite les parents dans leur capacité de s'occuper de l'enfant : • maladies aiguës ou chroniques (physiques ou mentales) • handicap simple ou multiple.
Âge		Jeunes mères (< 18 ans), particulièrement celles vivant une situation d'isolement social ou de pauvreté.
Connaissance et expérience avec les nourrissons	Connaissance et expérience acquises lors d'acccouchement(s) antérieur(s) ou par d'autres contacts avec des enfants (ex. : parenté, voisinage); intérêt à l'égard de nouvelles informations.	Peu ou pas de connaissances et d'expérience; désintérêt ou incapacité à assimiler les notions transmises sur les soins à donner aux nourrissons.
Perceptions et réactions face à l'enfant	Perceptions positives de l'enfant, ajustées à l'enfant ***réel***; calme, confiance en soi, inquiétude proportionnelle aux difficultés rencontrées	Perceptions négatives, mal ajustées à l'enfant ***réel***; peurs, manque de confiance en soi; inquiétudes extrêmes face aux difficultés; états de dépression et de grande anxiété.
Histoire personnelle	Aucun indice appréciable, ***relié à l'enfance des parents***, d'une incapacité à développer un lien d'attachement avec le nouveau-né.	Enfance difficile (contexte familial perturbé, mauvais traitements, placements, etc.), comportement de maltraitance avec un ou des enfants.

Milieu conjugal et Familial	**INDICES D'UNE SITUATION FAVORABLE À L'ADAPTATION**	**INDICES D'UNE SITUATION DÉFAVORABLE À L'ADAPTATION**
Situation conjugale	Mère vit avec conjoint supportant ou mère vit seule mais dispose d'un bon réseau de support.	Mère vit avec conjoint non supportant; mère vit seule et ne dispose pas d'un réseau de support ou vit dans un état de pauvreté
Qualité de la relation conjugale	Mère et conjoint semblent vivre en bonne entente; capables de résoudre leurs problèmes relationnels ou autres; cherchent à préserver la qualité de leur vie de couple suite à la naissance.	Mère et conjoint sont en situation de crise importante, répétitive ou chronique; négligent la qualité de la vie de couple, suite à la naissance.
Interaction parent-enfant	Signes d'attachement observables à travers l'attention, l'intérêt, la stimulation, l'affection portés à l'enfant (ex. : regard, contacts physiques, sourires, façons de parler à l'enfant ou de l'enfant, promptitude à répondre à ses besoins).	Signes de non-attachement observables à travers un manque d'attention et d'intérêt, de stimulation et d'affection (ex. : le parent ne regarde pas, ne sourit pas, ne parle pas à l'enfant, n'établit pas de contact physique, parle peu ou négativement de l'enfant; réactions absentes ou inappropriées lorsque l'enfant manifeste ses besoins).
Soutien mutuel	Mère et conjoint partagent les responsabilités face à l'enfant, s'encouragent mutuellement en cas de problèmes; le support apporté répond bien à la nature et à l'intensité des besoins et problèmes.	Pas de partage des responsabilités ni d'encouragement mutuel; conjoint absent plus ou moins régulièrement ou n'offrant pas le support matériel ou psychologique et émotionnel nécessaire.
Soutien social	Famille élargie, ami(e-s), voisinage entourent les parents et peuvent offrir du support moral ou matériel en cas de problèmes.	Réseau social très peu développé ou nul (ex. : parents qui ont changé de milieu ou n'entretiennent pas de liens et se retrouvent seuls aux prises avec leurs problèmes).
Taille de la famille	Famille plus ou moins nombreuse mais dont la charge n'excède pas les capacités du ou des parents	Le nombre d'enfants représente une charge excessive (ex. : mère seule, jeune et/ou démunie; parents isolés ou démunis).
Composition du ménage	Enfant issu de ménages différents mais ayant de bonnes relations entre eux et avec les adultes; présence d'adultes autonomes et capables d'offrir de l'aide aux parents	Relations conflictuelles entre enfants issus de ménages différents et avec les parents; présence d'adultes non autonomes et incapables d'offrir de l'aide (ex. : parents âgés et malades).

Habitudes et Conditions de vie	INDICES D'UNE SITUATION FAVORABLE À L'ADAPTATION	INDICES D'UNE SITUATION DÉFAVORABLE À L'ADAPTATION
Repos, détente, alimentation	Les parents trouvent le moyen de se reposer et de se détendre malgré les exigences de l'enfant; alimentation suffisante, en quantité et en qualité, surtout chez la mère qui allaite.	Les parents ne trouvent pas le moyen de se reposer ni de se détendre; alimentation déficiente ou très irrégulière (ex. : mère qui ne dort plus mange très peu, sur le bord de l'épuisement.
Usage d'alcool ou de drogue		Toxicomanies créant un problème majeur pour l'entourage ou à l'égard des soins à l'enfant.
Niveau d'éducation scolaire	Niveau d'éducation qui s'accompagne ou favorise l'accès à l'information et aux connaissances utiles aux soins et à l'éducation des enfants.	Niveau d'éducation scolaire faible (ex. : moins que secondaire) associé à d'autres facteurs tels un manque de connaissances et d'expérience dans les soins aux nourrissons, un désintérêt à l'égard de ces connaissances, l''isolement social ou la pauvreté.
Styles d'éducation	Attitudes fermes, cohérentes, compréhensives, affectueuses avec les enfants, etc.	Style très permissif n'offrant aucun encadrement ou très rigide; recours à des méthodes répressives, usage de violence, physique ou verbale.
Niveau de revenu	Niveau de revenu plus ou moins élevé mais permettant de répondre aux besoins de la famille; les nouveaux besoins matériels découlant de l'arrivée de l'enfant peuvent être satisfaits.	Niveau faible et insuffisant par rapport aux besoins de la famille (ex. : famille touchée par le chômage, le bien-être social, petits salariés); incapacité de répondre aux besoins matériels de l'enfant (ex. : lait maternisé, vêtements, lit, etc.).
Occupation de la mère ou du conjoint	Régularité du rythme de travail, absence de facteurs de risque à la santé et à la sécurité, surtout pour la mère allaitante; intensité de travail qui laisse des énergies pour s'occuper de l'enfant et de la famille; travail perçu comme source de satisfaction, bien rémunéré.	Travail extrêmement irrégulier ou intense, avec déplacements au loin, présentant des risques à la santé et à la sécurité, perçu comme source de frustration, mal rémunéré.
Services de garde	Services disponibles de façon régulière et prévisible, bien adaptés à la situation, surtout dans le cas d'enfants handicapés ou malades.	Services inexistants ou très instables (ex. : changements très fréquents de gardienne; aucune compétence pour prendre soin d'enfants handicapés ou malades).
Conditions résidentielles	Logement stable, offrant suffisamment d'espace, bien éclairé, bien chauffé, doté d'équipements sanitaires.	Changements fréquents de logement, logement surpeuplé ou exigu, mal éclairé, mal chauffé; équipements sanitaires désuets ou manquants.
Moyens de transport	Moyens de transport particuliers ou collectifs permettant de se déplacer aisément, d'avoir accès aux services.	Manque chronique de moyens de transport affectant en particulier l'accès aux services (ex. : cliniques pour nourrissons) ou entraînant un isolement de la famille.
Statut de la famille	Famille d'origine étrangère bien adaptée à son nouvel environnement; revenu suffisant; sources de support disponible; peu ou pas de problèmes de langue.	Famille réfugiée ou immigrante récemment arrivée au Canada, insuffisance de revenu, isolement social, problèmes de langue limitant l'accès aux services et problèmes d'adaptation au nouvel environnement en général.

ANNEXE 5

Grille de priorisation
des visites postnatales à domicile

GRILLE DE PRIORISATION DES VISITES POSTNATALES À DOMICILE

1. **Tous les avis de naissance sont envoyés au CLSC avant le congé de la mère.**
2. **Le CLSC effectue une prise de contact téléphonique dans les 24 heures suivant le congé afin de déterminer la priorisation (les mères qui ont bénéficié d'un court séjour hospitalier seront priorisées et visitées dans les 72 heures suivant le retour à la maison).**
3. **Le centre hospitalier fait parvenir une référence au CLSC dès qu'un indice d'une situation défavorable à l'adaptation est identifié lors de l'hospitalisation.**

DANS LES 24 HEURES	DANS LES 48 À 72 HEURES	DANS LA SEMAINE
➢ ***Allaitement maternel difficile***	♦ *Premier allaitement maternel*	• ***Allaitement maternel multipare***
➢ ***Absence complète de soutien***	♦ *Bébé présentant des problèmes de santé évolutifs ne nécessitant plus un séjour en CH*	• ***Anomalies congénitales***
➢ ***Bébé de petit poids***	♦ *Comportement alimentaire difficile chez le bébé*	• ***Dépistage des maladies métaboliques***
➢ ***Risque de désorganisation psychologique relié à un problème de santé mentale***	♦ *Grossesse multiple (gémellaire)*	• ***Déménagement récent***
➢ ***Risque de désorganisation psychologique relié à un problème de toxicomanie***	♦ *Mère épuisée*	• ***Immigration de moins d'un an***
➢ ***Signes cliniques d'ictère***	♦ *Parents qui se sentent dépassés*	• ***Isolement social***
➢ ***Situation matérielle critique***	♦ *Multipare d'enfants en bas âge*	• ***Jeune âge de la mère***
➢ ***Problèmes linguistiques***	♦ *Peu ou pas de connaissance et d'expérience; difficulté ou incapacité à assimiler les notions transmises sur les soins à donner au bébé*	• ***Handicap physique ou intellectuel chez la mère***
	♦ *Signes de difficultés d'attachement*	• ***Monoparentale***
	♦ *Suivi postopératoire pour la mère*	• ***Mortinaissance***
	♦ *Mères porteuses de strepto B*	• ***Primipare***
	♦ *Mères dont l'hémoglobine est à moins de 80 g/L*	• ***Problèmes de couple***
		• ***Situation matérielle déficitaire***

GRILLE DE PRIORISATION DES VISITES POSTNATALES À DOMICILE

1. **Tous les avis de naissance sont envoyés au CLSC avant le congé de la mère.**
2. **Le CLSC effectue une prise de contact téléphonique dans les 24 heures suivant le congé afin de déterminer la priorisation (les mères qui ont bénéficié d'un court séjour hospitalier seront priorisées et visitées dans les 72 heures suivant le retour à la maison).**
3. **Le centre hospitalier fait parvenir une référence au CLSC dès qu'un indice d'une situation défavorable à l'adaptation est identifié lors de l'hospitalisation.**

DANS LES 48 À 72 HEURES	DANS LA SEMAINE
♦ *Premier allaitement maternel*	• ***Allaitement maternel multipare***
♦ *Bébé présentant des problèmes de santé évolutifs ne nécessitant plus un séjour en CH*	• ***Anomalies congénitales***
♦ *Comportement alimentaire difficile chez le bébé*	• ***Dépistage des maladies métaboliques***
♦ *Grossesse multiple (gémellaire)*	• ***Déménagement récent***
♦ *Mère épuisée*	• ***Immigration de moins d'un an***
♦ *Parents qui se sentent dépassés*	• ***Isolement social***
♦ *Multipare d'enfants en bas âge*	• ***Jeune âge de la mère***
♦ *Peu ou pas de connaissance et d'expérience; difficulté ou incapacité à assimiler les notions transmises sur les soins à donner au bébé*	• ***Handicap physique ou intellectuel chez la mère***
♦ *Signes de difficultés d'attachement*	• ***Monoparentale***
♦ *Suivi postopératoire pour la mère*	• ***Mortinaissance***
♦ *Mères porteuses de strepto_B*	• ***Primipare***
♦ *Mères dont l'hémoglobine est à moins de 80 g/L*	• ***Problèmes de couple***
	• ***Situation matérielle déficitaire***

GRILLE DE PRIORISATION DES VISITES POSTNATALES À DOMICILE

La clientèle concernée par la visite à domicile est constituée de l'ensemble des mères qui accouchent. De cet ensemble, deux sous-groupes de mères sont plus particulièrement visés :

- les mères, les nouveau-nés et les familles du **programme de congé précoce**, suite à un accouchement normal ou par césarienne;
- les mères, les nouveau-nés et les familles en **situation de vulnérabilité physique ou psychosociale** pour l'adaptation postnatale.

Pour ces deux groupes, une visite systématique à domicile par le CLSC est effectuée. La priorisation de la visite à domicile basée sur les besoins de la mère, du nouveau-né et de la famille est essentielle à une prise en charge adéquate de la situation postnatale à domicile. Une grille de priorisation des visites à domicile à l'intention des infirmières des CLSC est donc mise à leur disposition.

Certaines prémisses incontournables à la priorisation de la visite à domicile touchant principalement l'avis de naissance du centre hospitalier accoucheur, la prise de contact téléphonique par le CLSC et la référence du centre hospitalier accoucheur au CLSC de situations identifiées défavorables à l'adaptation postnatale sont identifiées.

La grille de priorisation détermine le délai des visites à domicile basé sur des indices liés à la mère, au nouveau-né ou à la famille pour établir une visite dans les 24 heures, dans les 48 à 72 heures ou dans la semaine suivant le retour à la maison. Pour chaque situation postnatale, l'évaluation doit porter sur un ensemble d'indices considérés dans leur interaction et non de façon isolée.

ANNEXE 6

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel : déclaration OMS/UNICEF

DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL : DÉCLARATION OMS/UNICEF[37]

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous le personnel soignant.

2. Donner à tous le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

---

[37] Extrait de : *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité* : déclaration conjointe OMS/UNICEF, publiée par l'Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.

ANNEXE 7

Formulaires :

SP-1 **Bulletin de naissance vivante**

SP-3 **Bulletin de décès**

SP-4 **Bulletin de mortinaissance**

ANNEXE 8

Formulaire «Référence interétablissements»
Page 1 et Page 2 (Périnatalité)

ANNEXE 9

Le Système régional de transmission des avis de naissance (CH-DSP-CLSC) dans la région de Montréal-Centre

Le Système régional de transmission des avis de naissance (CH-DSP-CLSC) dans la région de Montréal-Centre

L'articulation entre le CH et le CLSC se fait principalement à l'aide de deux systèmes régionaux de transmission d'information : le système des avis de naissance et le système de référence postnatale. Le premier, c'est la déclaration de toutes les naissances vivantes et le second, la référence des nouvelles mères vivant une situation défavorable à l'adaptation postnatale. On estime à 10,0 % la proportion des mères référées.

La transmission des avis de naissance, des CH vers les CLSC, se fait depuis la fin des années 70. Au début, la transmission se faisait par l'intermédiaire du CRSSS, devenu la Régie régionale, et, depuis janvier 1995, elle se fait par la Direction de la santé publique (DSP).

Avec le virage ambulatoire en périnatalité, la transmission d'information du CH vers le CLSC doit se faire rapidement. Or le système actuel de transmission des avis de naissance ne semble pas toujours répondre aux délais souhaités par les CLSC.

Dans ce contexte, il est souhaitable de repenser le système actuel de transmission des avis de naissance et de voir comment il pourrait être amélioré.

LES ACTEURS DE LA TRANSMISSION DES AVIS DE NAISSANCE

Dans la région de Montréal-Centre, la transmission des avis de naissance implique neuf (9) centres hospitaliers accoucheurs, deux (2) maisons de naissance, la Direction de la santé publique (DSP) et vingt-neuf (29) centres locaux de services communautaires (CLSC).

La transmission des avis de naissance implique également les CLSC des autres régions du Québec dont les résidentes accouchent dans les centres hospitaliers accoucheurs de la région de Montréal-Centre.

DESCRIPTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE TRANSMISSION DES AVIS DE NAISSANCE

Le système régional de transmission des avis de naissance est un système *informatisé*. Il est conforme à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, et est régi par des mesures de *sécurité* afin de garantir la *confidentialité* des données nominatives.

- L'informatisation des données sur la naissances remonte à 1985 suite à une recommandation du Comité de la protection de la jeunesse (Le décès du bébé Z). Avant 1985, la transmission des avis de naissance (Centres hospitaliers accoucheurs-CRSSS-DSC) se faisait par téléphone et retranscription sur papier. Les établissements ne consignaient aucun rapport de confirmation d'envoi ou de réception des avis de naissance.

- Des échanges entre la DSP et la Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ) ont eu lieu à la fin de 1995 et dans les mois qui ont suivi. La CAIQ a approuvé le système de transmission des avis de naissance DSP-CLSC et les conditions de sécurité mises en place pour assurer la confidentialité des données. Cependant, il a demandé à la DSP de s'assurer que les conditions de réception des avis de naissance dans les CLSC étaient également conformes au respect de la confidentialité des données. La DSP a alors initié un projet pilote avec quelques CLSC pour une transmission ordinateur-ordinateur plutôt que ordinateur-télécopieur. À ce jour, dix (10) des vingt-neuf (29) CLSC reçoivent les avis de naissance sur ordinateur.

CHEMINEMENT DU BULLETIN DE NAISSANCE VIVANTE (SP-1)

- Envoi par les CH des Bulletins de naissance vivante (SP-1), copie 1 par télécopieur, à la DSP.
- Réception par la DSP des formulaires SP-1 et vérification du nombre reçus.
- Saisie informatique d'informations apparaissant sur le Bulletin de naissance vivante et attribution informatisée du CLSC de résidence à partir du code postal.
- Envoi par la DSP des avis de naissance aux CLSC, par ordinateur.
- Réception des avis de naissance par les CLSC sur ordinateur ou par télécopieur.

EXTRANTS DU SYSTÈME INFORMATISÉ

- Liste quotidienne des CLSC à qui des avis de naissance sont envoyés.
- Liste des avis de naissance envoyés dans chaque CLSC chaque jour.
- Rapports quotidiens de confirmation de réception de ces envois par les CLSC.
- Banque de données des avis de naissance.
- Indicateurs sur le délai entre la date de naissance de l'enfant et la date de saisie à la DSP et, la proportion d'avis de naissance saisis le jour de la naissance de l'enfant, le lendemain et tous les autres jours.

BILAN DE LA TRANSMISSION DES AVIS DE NAISSANCE

Le délai moyen entre la date de naissance de l'enfant et la date de saisie (ou de réception par les CLSC) varie d'un CH à l'autre. Les délais pour le mois d'août 1998 variaient de **1,5 jours à 2,7 jours**, avec une **moyenne de 2,1 jours** pour l'ensemble des neuf (9) centres hospitaliers accoucheurs de la région. Le nombre total de naissance était de 2 018.

Durant ce mois, environ **8,0 %** des avis de naissance ont été reçus par les CLSC **le jour même** de la naissance de l'enfant; **32,0 %** des avis ont été reçus **le lendemain** de la naissance (cumul=**40,0 %**), 30,0 % ont été reçus le surlendemain (cumul=70,0 %). au jour 3, 85,0 % des avis ont été reçus par les CLSC; et, au jour 4, c'est 96,0 % des naissances.

PROBLÉMATIQUE

Pour les CLSC, les délais de transmission entre les CH et les CLSC sont trop longs et la DSP est un intermédiaire responsable, en partie du moins, de ces délais.

- Les délais causés dans la transmission des avis de naissance par la DSP s'expliquent par les temps de saisie. En effet, il n'y a pas de saisie les jours fériés ni les fins de semaine. Les avis de naissance reçus le matin et l'après-midi avant 15h00 sont envoyés aux CLSC en fin d'après-midi, le jour même de leur réception, entre 15h00 et 16h00. Ceux reçus après 15h00 sont saisis et envoyés le lendemain en fin d'après-midi.

Dans le contexte du virage ambulatoire, les CLSC souhaitent être avisés le plus tôt possible de la naissance d'un enfant : le jour même ou le lendemain. Bien que le système régional de référence postnatale existe, le trop court séjour n'est pas toujours favorable au dépistage des situations à risque. De plus, les problèmes d'allaitement apparaissent souvent au retour à la maison et des femmes cessent d'allaiter parce qu'elles n'ont pas le soutien nécessaire.

PROPOSITION

- Que les centres hospitaliers accoucheurs de la région de Montréal-Centre transmettent directement les avis de naissance aux CLSC de Montréal-Centre et d'ailleurs au Québec dans les 24 heures suivant la naissance de l'enfant.

- Que les centres hospitaliers accoucheurs de la région de Montréal-Centre transmettent simultanément à la DSP les avis de naissance.

- Que, sur les avis de naissance, les centres hospitaliers accoucheurs ajoutent l'information sur l'allaitement maternel (allaitement/oui-non) et la date prévue du congé.

La DSP continuerait à recevoir les avis de naissance des résidentes de la région de Montréal-Centre qui ont accouché dans d'autres régions, à domicile et dans les maisons de naissance.

RECOMMANDATION

Que soient maintenus les acquis du système de transmission des avis de naissance : *informatisation* des données et mise en place de mesures de *sécurité* pour garantir la *confidentialité* des données nominatives.

ANNEXE 10

Consentement, confidentialité et éthique

Extraits de : Système régional de référence postnatale, DSP, Montréal-Centre, correspondance, 1994-1995 et Référence interétablissements, formulaires, document de présentation, RRSSSMC, octobre 1998, pp. 10-11.

8. CONFIDENTIALITÉ ET ÉTHIQUE

Conformément au guide d'utilisation, l'utilisateur du formulaire doit s'assurer du consentement de l'usager (de la personne significative ou du mandataire) à la référence et à la transmission de l'information à l'établissement d'accueil, selon les règles en vigueur dans son établissement.

La transmission d'informations confidentielles suscite plusieurs questions d'ordre éthique. À cet égard, madame Jacqueline Fortin, éthicienne au centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) propose quelques points de repères permettant de maintenir l'importance de la confidentialité et ce, en tenant compte d'une réalité changeante.

> «Il existe un malaise à notre époque, concernant la confidentialité des données fournies par les usagers aux professionnels de la santé. Ce malaise a plusieurs sources, dont principalement le fait que les pratiques professionnelles se sont modifiées et qu'elles impliquent souvent plusieurs intervenants dans un même dossier. Des informations doivent être partagées, et souvent pour le plus grand bien de la clientèle et la sécurité des pratiques professionnelles. Est-ce à dire que nous devons faire fi du secret professionnel, de la confidentialité, et du respect des secrets confiés? Il ne semble pas prudent qu'il en soit ainsi. Nos règles de droit continuent à affirmer l'importance du respect de la vie privée; nos principes moraux accordent une grande importance au respect de la vie intime des personnes, et la nécessité de maintenir les relations de confiance avec la clientèle oblige les intervenants de la santé à lui accorder la place qui lui est due.
>
> Compte tenu, des changements dans les pratiques d'intervention, sans doute devons-nous revoir nos façons d'aborder la question de la confidentialité. Pour ce faire, les points de repère suivants sont proposés :
>
> 1. Le respect de la confidentialité des informations reçues et données, dans le contexte d'une relation professionnel / patient, doit être affirmé.
>
> 2. Ce principe n'est cependant pas absolu, et est parfois confronté à d'autres principes qui, dans une circonstance particulière, pourront prévaloir.
>
> 3. Étant donné l'importance de la confidentialité pour les relations professionnels / patients, le professionnel qui juge opportun d'accorder prépondérance à un principe moral autre que celui du respect des confidences, doit fonder rationnellement et moralement son option, et il porte le fardeau de la preuve d'avoir à démontrer la plus grande valeur de cet autre principe dans ce cas particulier.
>
> 4. Il est important de déterminer la nature des données dites confidentielles et sujettes à protection. De façon générale, elles concernent la condition du malade, son traitement et ses soins, de même que tout autre donnée personnelle considérée par le malade lui-même comme confidentielle.
>
> 5. Les personnes ayant droit à des informations confidentielles doivent être bien identifiées, et on doit s'assurer qu'elles seules y ont accès.

6. Le malade doit être informé de la définition ou de la conception que l'on a de la confidentialité dans le milieu de la santé où il se présente, et de l'importance du partage des informations avec d'autres professionnels, afin qu'il puisse recevoir les soins et traitements appropriés.

7. On doit expliquer au malade l'importance de souligner à la personne à qui il se confie, quelles informations il ne désire pas voir transmises à d'autres personnes ou transcrites au dossier. Si de telles informations apparaissent essentielles au traitement et aux soins, il est important de lui dire que ces informations seront nécessairement dévoilées, car sans divulgation, il sera impossible de répondre à ses besoins de santé.

8. Les professionnels de la santé ne devraient pas être intimidés devant des demandes d'informations auxquelles certaines personnes n'ont pas droit. Ceci inclut même les professionnels en exercice dans l'établissement ou à l'extérieur, et peut même comprendre des membres de l'équipe multidisciplinaire.»

ANNEXE 11

Protocoles à développer

PROTOCOLES À DÉVELOPPER

- Guide d'intervention sur la santé globale mère-enfant
- Ictère du nouveau-né : signes et symptômes, critères de référence, responsabilités…
- Soins postcésarienne
- Prélèvements et tests sanguins
- Info-Santé
- Toute autre entente interdisciplinaire ou interétablissements